

対処するためには、つねに国家が強力な役割を果たす必要があるという点、また市場アプローチをとった際サービス提供者側が恩恵を受けることがあるという点では、合意が見られている。

もうひとつの理由は、途上国側の問題点として、保健財政における過去の成功経験を説明し、そこから学習する努力が足りなかったという点があげられる。専門家は、国レベルの財政システムの成功を研究、説明するよりも、保健介入の研究と評価の方が容易だと考える。前者には歴史的かつ洞察的な手法が必要なのに対して、後者は実験的手法を容易に利用できるからである。結果として、我々はこうした成功から導き出される教訓と、それらを他の機会にどう適用しうるかについて、ほんのわずかしか知らずにいる<sup>82</sup>。

第三の理由は、開発援助機関が、世界を視野において、保健財政における成功事例を知識として共有する仕方に関係している。これらの機関は、その知識の大部分を自国から途上国への投資活動と専門家による助言活動から得ている。そして任務規定上、保健財政政策が整備されていない国に重点を置きそこからの情報のみを入手し、自分が関与していない成功事例国についてはよく知らないことが多い。

重大な知識ギャップが発生している分野は、次の通りである。

- (1) 少数の途上国は、支出額を押さえながらも、民間のサービス提供とともに税金を財源とする統合された保健サービスを提供し、貧困層に対する効果的で公平なサービスの提供を実現している。これらの国々は、その実施に当たって、公的サービス目標を明示しない場合が多い。いかにしてそれをなしたのか？官民のバランスをいかにうまくとったのか？それについてよく理解すべきである。財政基盤と、高度な戦略を活用する能力が限られている最貧国にとって、このような知識は重要である。
- (2) 途上国における公的部門の新たな経営のためには、サービスの提供部門と購入部門とを2つに分けて、公共サービスのパフォーマンス向上のための「てこ」として財政メカニズムを利用することが主張されてきた。しかし貧困国ではしばしば政府機関が脆弱性であるため、このアプローチが成功することはまれである。こうした改革のために担当機関に必要な前提条件をいかに分析する

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

か、いかに弱点を克服していくべきか、またこうした改革は本当に役にたつのかについての知識は限られている。

- (3) 社会健康保険の対象を健康保険が完備された正規雇用セクターから、非正規雇用セクターや地方セクターへと拡大させる試みがなされてきた。しかし、その多くの国で厳しい課題に直面している。過去において、各国がどのようにしてこの課題を解決したか、またこうした保険対象を拡大することで、どのようにして皆保険を可能にしたかについても、十分には明らかになっていない。
- (4) 一部の途上国は、保健サービスを広く提供できており、現在提唱されている国際的な目標をはるかに下回ってはいるものの、少ない支出で、保健関連指標を急速に改善している。限られた資金でこうしたすぐれた価値を獲得できた理由や、財政システムが果たす役割について、十分理解されていない。

## 保健財政と国際的イニシアチブにおけるG8諸国の課題

G8諸国はグローバル・ヘルスの議題に対して指導的な影響力を持ち、途上国に対して重要な援助を提供してきた。過去10年間で保健に対する資金も劇的に拡大した。しかし、健康状況の改善を加速させるという点に関しては、そのインパクトは限定的であり、十分とはいええないものであった。今後を考えると、G8諸国は支援を強化するだけでなく、途上国と協力して財政政策を改善し、保健関係分野への投資を拡大させる必要がある。それにあたってG8諸国は次の5つの課題に直面している。

- (1) たとえ優れた政策であっても、G8諸国は途上国に強要することはできない。G8諸国が各国に対しての取り組みを強化し、より優れた政策を実行するよう促すには、どうすればよいのか
- (2) ドナーによる援助には限界がある。資金ギャップにどのように優先順位をつければよいのか
- (3) 効果的な保健財政の主要原則については幅広い合意が見られている。しかし、G8自身が途上国の政策に混乱を引き起こしている場合も多い。これはどの

ように解決するか

(4) 垂直アプローチによる資金とイニシアチブは外部資金の主要チャンネルである。しかしこれによって保健システム内部に葛藤が生まれることがよくある。

これにはどう対処すべきか

(5) 世界的金融危機により、先進国と途上国の両方で財政が打撃を受けることになる。これにどのように対処すべきか

### 途上国における政策環境の改善

援助効果に関する世界銀行とOECDの共同研究によれば、保健関連の政府開発援助(ODA)が健康改善に効果的なのは、対象国の政策と政府組織がしっかりしている場合に限られるという。とはいうものの、援助するか否かの条件(コンディショナリティ)が効果を持つのは、政府が提示されかつ同意した条件を厳守する場合に限られている。その一方で、ドナーは政策を強要することはできない。政策の策定に協力するだけである。援助は代替可能であるので、国外からの投資は支出パターンの変更ほとんど影響を与えないということも珍しくはない<sup>63</sup>。

優れた政策が、単にエビデンスから生まれたものではないことは明白である。技術的分析に基づいてドイツは社会健康保険を導入しなかったし、タイは皆保険の実現を目指した。政治と政治指導力も重要となる。しかし政策のあらゆる選択肢を評価し、国際的および国内的経験を応用し、課題を分析するための国のキャパシティは、政策変更を容易にし、持続的に保健医療の提供対象を拡大させるためには不可欠である。その好例が日本である。1800年代後半から、日本は外国の経験を分析し、どのような制度が最も適しているか自ら判断した。こうした能力に恵まれていたからこそ、保健システムの確立と設計を推し進めることができたのである。同様に米国では、保険加入率の改善と保健関連の公的支出の費用対効果を上げるという課題に直面したことで、政策決定者が政策分析能力を著しく高めることとなった<sup>64</sup>。

各国における財政政策を継続的に改善させるためには、ドナー国以上に、途上国各国が政策の妥当性について納得しなければならず、その実行のために十分な能力

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

を備えていなければならない。大部分の途上国は、独自の評価を行う技術的能力に欠けている。こうした評価ができれば選択肢の幅も広がるというのである。結果として途上国はしばしば過去のエビデンスを疑ったり、拒絶したりする。タイは近年目覚ましい改革をしたことで知られるが、これが可能になったのは保健システム政策を研究するための国家能力を育成する努力を継続的に行ったからである。対照的に多くのアフリカ諸国は、保健財政に関する専門家が1名もないという状況である。そうした国で専門組織が存在しないのは言うまでもない。

国のキャパシティに関するこのギャップは認識されてはいるが<sup>69</sup>、過去10年間、実質的にはほとんど何の改善も見られなかった。ODAを利用した国家能力育成に関する成功事例としては、キルギス共和国と中国などが挙げられるが、これらは例外的である。パートナーシップの精神に基づき、G8諸国は、政策支援を補強するために、各国の政策分析能力の構築を促す必要がある。

## ドナーは何に対して財政支援をすべきなのか？

国の政策や組織は重要である。とはいうものの、すべての支援が、政策と政府機関がしっかりした国にのみ与えられるべきと考えるべきではない。第一に、政府機関が機能していない国は、保健関連MDGの達成に失敗する可能性が最も高く、したがって最も支援を必要としているからである。第二に、人道的配慮がG8諸国の政府と国民にとって重要であり、破綻国家、あるいは極度に脆弱な国の場合、その政府のふるまいを条件に支援を行うというのは現実的ではない。比較的制度の整った国では、その実績をふまえてドナーが支援を行うという方針で問題はないだろう。しかしこの考え方も、問題がないことはない。投資と成果との関係を示すことは困難な場合が多く、したがって実績を成果に基づいて測ることは容易でない。さらに重要なことに、ドナーが用いる実績の目標が、被援助国自身の戦略に合致していない場合、ドナーのたてた目標は、その国の目標調整を困難にし、国としての計画も邪魔することになりかねない。

したがってG8諸国は、ドナーからの援助を配分するための、より戦略的なアプ



ローチを必要としている。最も疲弊し、弱体化し、あるいは破綻した国では、人道的目標を最優先しなければならない。必要であれば非政府組織(NGO)を通じて、保健システムへの直接的支援が求められることもあるだろう。同時に疲弊した国では、国家能力の育成という重要な開発目標を無視することはできない。アフガニスタンへのドナー援助は、能力不足に対する不満から、しばしば政府機関を迂回して行われてきた。しかしこうした政策は多くの場合、国家の発展、全体としての援助の有効性、さらにはその国におけるG8諸国の大切な利益を損なってきた<sup>66</sup>。

国家体制がしっかりしている場合、援助は具体的なプログラム目標の達成に置くのではなく、政策の改善を奨励することに集中すべきである。これが最も効率的に行われるのは、セクター契約のように、ODA目標が国家計画に合致するように配慮した契約を通じて援助活動が実施される場合である<sup>67</sup>。G8諸国はIHP+およびP4Hなどのイニシアチブに対する支援を通じて、これを認識してきた。IHP+およびP4Hは、いずれも援助協調、国家政策の支援、公的財政支援の原則を体現したものである。これらはパートナー国の保健財政を大幅に改善する可能性を秘めており、G8諸国は双方への支援を大幅に拡大すべきである。

### 保健財政に対するドナー間の意見統一の必要性

ドナーは保健財政に関して系統的なアプローチを取ってこなかった上に、保健財政の専門家との間での合意も十分にとってこなかった。そのため、途上国における保健財政に関する提言をたびたび変更せざるを得なかった。例えば過去30年間、主要ドナー機関はアフリカ諸国に対して、ユーザー・フィーの導入<sup>68</sup>、医薬品回転資金<sup>69</sup>、民間健康保険<sup>70</sup>、地域健康保険、増税<sup>71</sup>、ユーザー・フィーの廃止、社会健康保険、そして再度、民間健康保険<sup>72</sup>を導入するように助言してきた。

国際レベルでのエビデンスの信頼性を損なう以外に、こうした矛盾した対応は国レベルでも不確実な状況を生み出す原因となり、援助国と被援助国の協調をも妨げかねない。最も深刻な問題は、社会健康保険モデルと税金を原資とする国家保健サービスのいずれかの選択において、G8諸国が異なった見解を示していること

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

である。この2つの手法のいずれを選択するかは微妙な問題で、最終的には各国の状況に拠る。この問題はP4Hイニシアチブに含まれており、いくつかのG8諸国が支持するWHOの決議だけでなく<sup>73</sup>、OECD、EUなどが発行する多くの文書にも反映されている<sup>74</sup>。しかしこの合意は実施段階で異なった理解がされて否定されていることもある。ドナー機関の職員が各国に通達するメッセージの中にそのような違いがみだされている<sup>75</sup>。同時に、大部分の保健財政専門家に共有され、国際的合意文書にも反映されている、公的資金に関する一般的な合意に関しては、明確な政策的公約の形を取ることがない。例えば、G8諸国はP4Hを通じて公的資金メカニズムの支援を約束しながら、欧州の複数の政府は第一にユーザー・フィー廃止の支持を約束するなど、先進国側は依然として矛盾したシグナルを送り続けている。この問題の重要性に鑑み、G8諸国には、P4Hに代表される合意に則り、明確で確固たる共通の立場で主張する役割がある。

## 垂直プログラムと保健システムとの間の緊張解消にむけて

世界基金やPEPFARなど、多くの垂直アプローチによる保健イニシアチブが、保健システムに対する新たな主要資金源となっている。これらが緊張関係の発生源となっていることは、よく知られている。IHP+などの新しいイニシアチブはドナーの投資の協調を推進しているが、それでもなお垂直プログラムは続けられるであろう。こうした問題に対する反応の一つとして、世界基金などに対し、保健システムの強化や各種垂直プログラムの実施に共通な活動に対して、資金の一部を割り当てるようにという要求がなされてきた。

世界基金によるこの取り組みには学ぶところが多い。その業務規定により世界基金は、資金提供できる対象を大幅に変更することができない。ところが世界基金が何とか保健システム強化支援へのチャンネルを開いたとき、実際に支援を受けた国はわずかしかなかった。なぜかという点、途上国内のキャパシティが乏しく、この新たな資金による効果的な事業案を用意できなかったからである。この経験から、問題の所在が明らかになってくる。すなわち、垂直的アプローチによる資金援助機関の支援が国

の計画を損ねているのではなく、国外からの資金フローを効果的に調整するための国全体の計画と運用が貧弱だということが問題なのである。この問題に対しては、世界銀行やWHOなど保健システムの強化支援を任務とする機関が、より多くの注意を払うべきである。この点に関してP4Hイニシアチブは、国内外の資金援助の連携強化を通じて各国を支援することにより、重要な役割を果たすことができる。

### 現下の金融危機の意味

現在の金融危機は先進国および途上国双方にとって、予算に対する深刻な圧力となるだろう。過去においてはこうした危機が、先進国からのODA削減や、途上国による政府財政支出の減少につながったことがある。政策変更により、保健財政の負担を再び民間に押し付けたり、最貧国への支援を打ち切ったりという誘惑にも駆られよう。今、こうした行動が、適切かつ不可避な対応だろうか。現実的に考えても、また過去の教訓からも、そうでないことが示唆されている。

第一に先進国と途上国の双方における過去の経験から、深刻な景気後退時に保健と社会的ニーズを満たすために民間の資源を頼りにすることが最も困難なのが、最貧国の人々であることは明白である。この点は、日本とスリランカという異なる事情を抱える国々が1930年代初頭に経験したことであり、1997年から1998年の通貨危機後のタイとインドネシアでもそうだった。いずれの例でも、民間メカニズムの崩壊を認識することで、保健に公的資金を活用する国家の関与が強化された。確かにこのような状況から、社会的保護を拡大する、稀有な政治的好機が生ずるのであり(1930年代の米国も例に漏れない)、援助国はこれによって途上国を効果的に支援することになる。第二に、世界経済の減速とともに先進国も途上国も、国内消費拡大のための協調行動を取るようとのIMFの要請に応えなければならない<sup>76</sup>。G8諸国にすれば、先進国と途上国の両方において最小の財政コストで消費拡大を図る政策を推進することが利益となる。保健サービス提供の拡大は、その上で最も効果的な財政乗数のひとつとなり得る。実際に中国の場合を見ると、基本的な保健サービスに対する政府支出の大幅拡大が、国内需要を拡大させる最も効果的な方

法のひとつと考えられる。

最後にG8諸国と途上国にとって、金融危機が、過去の貿易自由化の進展に逆行する保護主義に繋がらないようにすることが、共通の利益となる。景気後退が続けば多数の労働者に負の影響を与え、世界の市場経済や自由貿易システムへの信頼を損ねる可能性がある。この状況だからこそ、保健を含む効果的で拡大した社会的保護メカニズムに政府が投資して、被害を受けやすい人々を支援することが、世界の自由主義経済への支持を維持する上で最も価値ある行動であることは明らかである。

## G8諸国の行動に対する提言

G8諸国が世界の保健分野に対する投資を大幅に拡大しているにもかかわらず、途上国による保健関連MDGsに向けた全体的進展は、それほど加速しているわけではない。国レベルでの脆弱な保健財政政策が大きく足を引っ張っている。より多くの資金が必要だが、財政政策の改善により保健関連支出の費用対効果を高めることも重要である。世界的金融危機で、先進国と途上国双方において、財政・信用両面の制約が増しており、保健サービスを受けられない者はいっそう弱い立場に立たされている。このため効果的な保健における社会的保護政策と、皆保険へ向けた強化策の必要性が高まっている。

G8諸国は次の3通りの行動で対応すべきである。

1. G8諸国は、医療への援助額の拡大に努めるだけでなく、国が主導する保健財政と保健システム政策の改善に向けた支援を通じて、保健支出に見合うだけの成果を高める努力をするべきである
2. G8諸国は、専門家間の既存の合意を踏まえ、貧困層および社会的弱者層の保険加入を拡大するために、税金あるいは社会健康保険のどちらか、または両方による公的保健財政を中核に位置付け、各国の保健財政政策への支援を最優先することを明確にすべきである
3. G8諸国は、財政政策を改善するための途上国の能力改善に投資すべきである。



このためには、保健システムの政策評価の実施に必要な国のキャパシティの開発と、成功事例を生んだ諸国の教訓を理解し共有するメカニズムへの投資を拡大する必要がある

## 意義

保健サービスと人間の安全保障を改善するためには、公的財政を中核に位置付け、国による保健財政政策に対する支援を最優先するなかで、リスクの共有の拡大と貧困層による経済的アクセス障壁の緩和を主要な目標としなければならない。具体的には、次のように説明することができる。

- (1) 公的セクターにおけるユーザー・フィーの廃止を希望する途上国に対する、明確な支援と激励。ユーザー・フィーの廃止は、無料のサービスが貧困層に確実に提供され、利用されるようにするためには、適切な保健システムを強化する投資とセットでなければならないとの認識を持って行う。このような政策は、まずはMDG4、5、6に関係するサービスの提供から開始することになる。
- (2) G8諸国の援助機関や他の国際機関は、税金と社会健康保険の両方を財源とすることを推奨する一方、その選択は各国の状況次第という、明確で一貫性のあるメッセージを途上国に伝え、IHP+およびP4Hイニシアチブを強化する。ここには、税金を財源とするメカニズムは低所得国の環境でも効果があったが、中所得国の状況では社会保険メカニズムがより実現可能性が高いと示す世界的なエビデンスが反映されるようにする。

すぐれた保健財政政策を選択できる国のキャパシティ開発への投資は、途上国がこうした決定に自己責任を持ってなければ、各国の取り組みは期待できないとの認識に立つ。具体的には、次の3点が必要とされる。

- (1) 保健システム政策分析を目的としたキャパシティ開発のための投資額拡大
- (2) 公的財政とサービス提供の成功事例に関するエビデンスの蓄積を改善する支援に対して大規模な投資を行い、途上国が、学習過程を共有できる形で、より優れた政策に関する情報を提供する

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

- (3) 有効なキャパシティ強化や、支援機関の活動の改善方法について再検討し、よくある口先だけの約束を避ける<sup>77</sup>

## 機会

途上国の健康状態を改善するG8諸国の取り組みを強化する時期として、現在の経済状況はふさわしくないと考えるなら、それは間違っている。今は、まさに保健セクターにおける重要課題に対処するまたとない機会なのである。

過去の会議でG8諸国は、途上国が直面する保健問題に対処するための確かな基盤を築いてきた。そのことは途上国の保健への支援の拡大や、保健システム強化に向けた取り組みによって示されている。最近ではフランス、ドイツ、英国などのG8諸国が推進するIHP+とP4Hといったイニシアチブが、そうした関与の深化を正当化している。このイニシアチブは、途上国が主導する政策、保険適用範囲と公平性を向上させるための公的財政への支援、および保健に関する社会的保護の強化という動きとも整合性を持つ。いずれのイニシアチブも、自国の進捗状況を評価し相互の体験から学ぶキャパシティへの投資を重視している。したがってIHP+とP4Hイニシアチブは、本論の主要な提言を具体化する上で重要な枠組みとなる。

G8諸国はこの2つのイニシアチブを基にしてさらに強化するべきである。その際、健康増進のための公的資金の投入は、税金と社会保険への依存を高めるものであり、保健関連支出の費用対効果を高め、途上国のオーナーシップ(自助努力)を強化するものであるというメッセージを明示すべきである。これによって、インセンティブとなる2つの目標として、皆保険の漸進的な達成と保健に関する社会的保護の強化を明確に意識できるようになり、またそう意識しなければならない。

同時にG8諸国は、この危機によって保健分野に提供できる資金規模が縮小するという不安とも戦わねばならない。前述のように現在の金融危機において、先進国と途上国の双方に、財政縮小ではなく拡大が求められる。その代わり、危機は保険の受給者の拡大に結びつく保健関連支出の増額を後押しし、それが保健システムを強化して、支出に見合う成果を高める機会となる。この点で、保健システムに対する革新的国

際保健財政に関するハイレベル・タスクフォースが重要な役割を果たしうる。従来のODA予算が減額の圧力にさらされかねない今こそ、このタスクフォースは過去の取り組みに学び、G8諸国が保健システムとキャパシティ開発を財政的に支援する新たな方法を明らかにすることができる。同時にこのタスクフォースは、すぐれた保健システムを推進するのは主に各国自身の保健財政政策であり、革新的な外部からの保健財政メカニズムは、各国の国内政策の改善と結びつき、それを推奨したときにこそ効果を発揮するということを認識する必要がある。

## 参考文献

1. International Monetary Fund and World Bank, *Global Monitoring Report 2008: MDGs and the Environment: Agenda for Inclusive and Sustainable Development* (Washington DC: International Monetary Fund and World Bank, 2008).
2. Adam Wagstaff and Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington DC: World Bank, 2004).
3. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending," *Health Affairs* 26, no. 4 (2007), cited in WHO *World Health Report 2008*, xiv.
4. More than 70 million people a year have been estimated to fall below the poverty line in selected countries of Asia, with as many as 2.6 percent of households in China and 3.8 percent in Bangladesh doing so in a given month. Eddy van Doorslaer et al., "Effect of Payments for Health Care on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data," *Lancet* 368, no. 9544 (2006).
5. EU Presidency/Commission, "Background Paper for Informal Meeting of Development Ministers of the European Union, 29–30 September 2008—Working Session: Strengthening Health Systems in Developing Countries" (Brussels: EU Commission, 2008).
6. World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever* (Geneva: World Health Organization, 2008).
7. As recent experiences with HIV, SARS, and avian influenza have shown, the most significant global risks of new pandemic pathogens arise in the poorest economies where there is the greatest risk of new pathogens emerging, owing in particular to agricultural practices, and where public surveillance and control systems are weakest.
8. This is well illustrated by the global impacts of the contamination of milk products with melamine in China in 2008.
9. Giulia Greco et al., "Countdown to 2015: Assessment of Donor Assistance to Maternal, Newborn, and Child Health between 2003 and 2006," *Lancet* 371, Special issue Countdown 2008 (2008).
10. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending."
11. Margaret Chan, *Address by Dr. Margaret Chan to Executive Board of WHO* (WHO, 2007 [cited 25 September 2008]); available at [http://www.who.int/dg/speeches/2007/eb120\\_opening/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2007/eb120_opening/en/index.html).
12. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending."
13. To achieve MDGs 4 and 5, countries must reduce child and maternal mortality by two-thirds of their 1990 levels by 2015. This translates into an average annual reduction in mortality rates of 4.3 percent a year. Historically, the annual rates at which individual countries have been able to reduce mortality have tended to be quite steady over time for individual countries. So for most countries, the MDGs imply accelerating the rate of decline in mortality. For child mortality (MDG 4) for which data are the most reliable, the evidence shows that for the critical regions of South Asia and sub-Saharan Africa, the rates at which countries have been reducing mortality have in fact slowed during the 1990s, with progress being slower than in the preceding decades. To some extent, this is due to the impact of HIV in sub-Saharan Africa, but elsewhere, such as South Asia, this is clearly not the reason.
14. Child mortality estimates from the Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, as described in Edilberto Loaiza, Tessa Wardlaw, and Peter Salama, "Child Mortality 30 Years after the Alma-Ata Declaration," *Lancet* 372 (2008).
15. World Health Organization, *World Health Statistics 2008* (Geneva: World Health Organization, 2008). See also note 7 above.
16. In OECD countries, annual rates of doctor consultations range from 4 to 15 per year, as detailed



- in OECD, *Health at Glance 2007: OECD Indicators* (Paris: OECD, 2007). This is 4–10 times more than in most low-income countries. In the case of hospitalizations, the disparity is even greater, with annual rates in OECD countries being 5–10 times higher.
17. At the 2000 Okinawa Summit, the G7 committed to finding and mobilizing substantial new financial resources for HIV/AIDS and health in general in order to support expansion of coverage of critical health services in developing countries.
  18. Figure 1 shows that overall external flows for health have increased in the past decade. In addition, other data suggest significant increases in recent years in the specific areas of HIV/AIDS and also maternal, neonatal, and child health [Greco et al., "Countdown to 2015: Assessment of Donor Assistance to Maternal, Newborn, and Child Health between 2003 and 2006," *Lancet* 371 (2008): 1268–1275]. Other data show that domestic financing has also increased in most partner countries.
  19. A large number of estimates of the global financing needs have been published. They range considerably in their implied amounts because of differences in the methodologies used and also in what they attempt to estimate. Some, for example, focus on the marginal increases in public spending required to achieve just the health-related MDGs, while others attempt to estimate overall financing levels (both public and external) required to achieve universal coverage with basic health services. The key estimates are given by the WHO Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva: World Health Organization, 2001), which estimated a public financing need of US\$34 per capita in 2001 in low-income countries, and other more recent World Bank estimates, which have suggested a requirement of US\$30–50 per capita in the poorer developing countries.
  20. Pablo Gottret and George Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide* (Washington DC: World Bank, 2006). For a discussion of the UN MDG Needs Assessment Model, the UNICEF/World Bank/WHO Marginal Budgeting for Bortenecks Model, and other alternative cost estimates, see Chapter 7.
  21. Ernst R Berndt et al., "Chapter 3: Medical Care Prices and Output," in *Handbook of Health Economics*, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Amsterdam: Elsevier Science BV, 2000). The authors review the considerable efforts that have been made to estimate health service efficiency changes in mostly developed economies. See also Martin Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*, Paper No. WG3:2, *CMH Working Paper Series* (Geneva: Commission on Macroeconomics and Health, 2001).
  22. Ravindra P. Rannan-Eliya, "Towards a Model of Endogenous Mortality Decline: The Dynamic Role of Learning and Productivity in Health Systems" (A thesis submitted to the Faculty of the Harvard School of Public Health in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Public Health, Harvard University, 2004).
  23. Peter R. Orszag, "Increasing the Value of Federal Spending on Health Care," in *Statement of Peter R. Orszag, Director, CBO, before the Committee on the Budget, U.S. House of Representatives, July 16, 2008* (Washington DC: Congressional Budget Office, 2008).
  24. World Bank, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People* (New York: Oxford University Press, 2003); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
  25. Rannan-Eliya, "Towards a Model of Endogenous Mortality Decline."
  26. Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*.
  27. Observations by Christopher J. L. Murray, Institute for Health Metrics and Evaluation, at the International Conference on Global Action for Health System Strengthening, November 3–4, 2008.
  28. *World Health Report 2008* (p.49) provides an example of how comprehensive health centers are more effective, in increasing coverage rates for vaccination than more selective delivery

- facilities.
29. Although there have been significant investments by the WHO, the World Bank, and several G8 members to support the development of such NHA systems in partner developing countries since the early 1990s, very few of these investments have resulted in sustained capacity in developing countries to maintain such systems [Anna H. Glenngård and Frida Hjalte, "Findings from a Study of Regional NHA Networks" (Stockholm: SIDA, 2005)].
  30. The importance of developing national systems to routinely monitor and understand inequalities is a key recommendation of the WHO Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. (Geneva: World Health Organization, 2008).
  31. See note 7 above.
  32. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
  33. Eddy van Doorslaer et al., "Catastrophic Payments for Health Care in Asia," *Health Economics* 16, no. 11 (2007). See also note 4 above.
  34. Jessica Cohen and Pascaline Dupas, "Free Distribution or Cost-Sharing? Evidence from a Randomized Malaria Prevention Experiment" (Cambridge, MA: Poverty Action Lab, Massachusetts Institute of Technology, 2008).
  35. Several examples of this, such as Sri Lanka, Thailand, Costa Rica, and Tunisia, are discussed in Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
  36. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
  37. Comparative analyses of who pays taxes in Europe and in other developing regions consistently find that taxation is the mechanism that places the least burden on the poor and mobilizes the most from the better-off [Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaffe, Frans Rutten, ed., *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective* (Oxford: Oxford University Press, 1993)]. Although there has been concern that indirect taxation, which predominates in many developing countries, is regressive, largely based on this being the situation in Europe, actual studies have demonstrated that in most developing countries even indirect taxation is progressive in its incidence [Owen O'Donnell et al., "Who Pays for Health Care in Asia?" *Journal of Health Economics* 27 (2008)].
  38. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*; Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*.
  39. Although Hong Kong SAR and Cyprus are high-income economies, their health financing strategies have until recently looked more like other developing economies, with public financing only paying for about half of overall healthcare services.
  40. Owen O'Donnell et al., "The Incidence of Public Spending on Healthcare: Comparative Evidence from Asia," *World Bank Economic Review* 21, no. 1 (2007); Lucy Gilson et al., "Challenging Inequity through Health Systems: Final Report of the Knowledge Network on Health Systems" (Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, 2007).
  41. See note 4 above.
  42. Lucy Gilson and Di McIntyre, "Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action," *British Medical Journal* 331 (2005).
  43. It is often argued that this link can make SHI more politically sustainable than tax financing.
  44. In contrast to the NHS model, SHI usually involves a separation of financing from provision, which allows for purchasing and the use of direct financial incentives to motivate providers. However, this reliance on payment for services can induce inefficiencies as providers face incentives to provide excess care or to raise costs.
  45. See note 4 above.

46. William C. Hsiao and R. Paul Shaw, eds., *Social Health Insurance for Developing Nations*, WBI Development Studies (Washington DC: World Bank, 2007).
47. P. Nymadawa and K. Tungalag, "Mongolia," in *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific* (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2005).
48. Viroj Tangcharoensathien et al., "Thailand," in *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific* (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2005).
49. Rwanda is often described as relying not on SHI but on community health insurance, but the high level of public subsidies for the Rwandan *mutuelles* (more than 50 percent) and the considerable degree of state involvement and management mean that it resembles a form of SHI.
50. Coverage is less than 40 percent still in Ghana and has reached just under 75 percent in Rwanda.
51. ILO and STEP (Strategies and Tools against Exclusion and Poverty), "Extending Social Health Protection in Health through Community-Based Health Organizations" (Geneva: International Labor Organization, 2002); Bjorn Ekman, "Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence," *Health Policy and Planning* 19, no. 5 (2004); Melitta Jakab and C. Krishnan, "Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing," in *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*, ed. Alexander Preker and Guy Carrin (Washington DC: World Bank, 2004); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
52. M. Kent Ranson et al., "Equitable Utilisation of Indian Community Based Health Insurance Scheme among Its Rural Membership: Cluster Randomised Controlled Trial," *BMJ* 334, no. 7607 (2007).
53. William C. Hsiao, "Why Is a Systemic View of Health Financing Necessary?" *Health Affairs* 26, no. 4 (2007); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
54. Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, Current Population Reports, P60-235" (Washington DC: US Census Bureau, 2008).
55. Gerard F. Anderson et al., "It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries," *Health Affairs* 22, no. 3 (2003).
56. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*; see also note 16 above.
57. R. Paul Shaw and Charles C. Griffin, *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Directions in Development* (Washington DC: World Bank, 1995).
58. Mukesh Chawla and Ravi P. Rannan-Eliya, "Experiences with Resource Mobilization Strategies in Five Developing Countries—What Can We Learn," *Data for Decision Making Publication Number 31-2* (Boston: Harvard School of Public Health, 1997).
59. This is based on a review of the available documentation for initiatives supported by the Dutch Health Insurance Fund in Nigeria and Namibia.
60. ILO, "Social Health Protection: An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care," (Geneva: Social Security Department, International Labour Organization, 2007); World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*; Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*; see also note 7 above.
61. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
62. *Ibid.*
63. *Ibid.*
64. Peter R. Orszag, "Increasing the Value of Federal Spending on Health Care."



65. Ministerial Summit on Health Research, "The Mexico Statement on Health Research—Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems" (Mexico City: Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, November 16–20, 2004).
66. World Bank, "Afghanistan: Managing Public Finances for Development (Report No. 34582-Af)" (Washington DC: World Bank, 2005); Matt Waldman, "Falling Short: Aid Effectiveness in Afghanistan" (Kabul: Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR), 2008).
67. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending"; Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
68. John Akin, Nancy Birdsall, and David De Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, A World Bank Policy Study* (Washington DC: World Bank, 1987).
69. UNICEF, "The Bamako Initiative: Reaching Health Goals through Strengthened Services Delivery" (New York: Bamako Initiative Management Unit, UNICEF, 1990).
70. World Bank, *Better Health in Africa, Development in Practice Series* (Washington DC: World Bank, 1995); Shaw and Griffin, *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Directions in Development*.
71. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending."
72. In 2006, the Dutch government invested €100 million in the Health Insurance Fund to support development of private health insurance schemes in Africa (see <http://www.hifund.nl>).
73. WHO, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*.
74. WHO World Health Assembly Resolution 58.33—"Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance."
75. For example, conflicting recommendations on tax financing and SHI by different European donors and international agencies have led to fierce disputes between donor partners in Bangladesh and Tanzania (personal communications from relevant officials to author).
76. International Monetary Fund, "Letter from IMF Managing Director Dominique Strauss-Kahn to the G-20 Heads of Governments and Institutions, 6 November 2008" (Washington DC: International Monetary Fund, 2008).
77. WHO Alliance for Health Systems and Policy Research reviewed what might be done in its 2007 Biennial Review, but this initiative needs to be followed up on.



保健システム強化に向けたグローバル・アクション  
タスク・フォース  
保健財政に関する研究チーム

ディレクター:

ラビンドラ・ランナン・エリヤ スリランカ保健政策研究所事務局長兼フェロー

特別アドバイザー:

ウィリアム・シャオ

ハーバード大学公衆衛生大学院李國鼎(K. T. LI)経済学教授[米国]

レビューワー:

アマンダ・グラスマン

中米開発銀行保健・社会的保護首席専門官[米国]

アダム・ワグスタッフ

世界銀行開発調査部(人間開発・公的サービスチーム)兼東アジア・太平洋地域人間開発部 保健担当リード・エコノミスト[米国]

ボン・ミン・ヤン

ソウル国立大学公衆衛生大学院経済学教授[韓国]

# 保健情報分野での協調に向けて

渋谷 健司

## はじめに

全世界では、全国民総所得の9パーセントが保健分野に支出されている。援助機関は発展途上国の保健プログラムに対して毎年160億米ドルを拠出している<sup>1</sup>。これらの数字は保健分野に対するかつてない支出の増額を表しており、その結果、グローバル・ヘルス(地球規模課題としての保健)の状況は10年前に比べて一変した。グローバル・ヘルスの諸課題に対する関心は、ミレニアム開発目標(MDGs)によって再び高まっている。新たな資金の流入と多数の関係機関の参入により、従来型の保健・開発モデルを超えた革新的な構造、ネットワーク、パートナーシップ、アライアンスが登場した。

このような保健分野への注目の高まりに伴い、実績の把握ならびに説明責任の確保が求められるようになり、量と質両面においてこれまでより優れた情報が一層必要とされるようになってきている。保健情報(とくに指標と評価)に対する関心が世界的に高

---

本稿の執筆に当たり、貴重なコメントを頂戴したクリス・マレー、アラン・ロベス、オスマン・サンコー、オクタビオ・ゴメス・ダシエス、ティーズ・ポーマ、ララ・ゴログリー、神馬征峰、ラヴィンドラ・ランナン・エリヤ、マイケル・ライシュ、武見敏三の各氏に感謝申し上げます。スーザン・ハーバード、ノノ・アイヴィ・ゲデフスー、マイケル・マッキンタイヤーの貢献にも感謝の意を表したい。ララ・ブリアリー氏には執筆と背景調査実施に当たっての技術的協力をお願いした。また、山本正、鈴木智子各氏の協力も得た。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

まっており、それはMDGsや実績に基づく資金提供などの主要なグローバル・ヘルスのイニシアティブに示される通りである。これまでにないこうした保健情報への関心から、各国や諸機関は、質の高いタイムリーなデータを提供しなければならないというプレッシャーを受けている<sup>2</sup>。

グローバル・ヘルス分野において最も影響力のある機構のひとつとして、主要先進8カ国(G8)は、そのような情報が生成されるシステムの欠陥を正していく上で重要な役割を担っている。G8北海道洞爺湖サミットでは、「国際保健に関する洞爺湖行動指針—G8保健専門家会合報告書」が発表され、政策立案者が正確な保健情報に基づいた意思決定を行うためには、保健システムの適切なモニタリングと評価が必要であると指摘した<sup>3</sup>。

本稿では保健システム強化の観点から保健指標と評価の現状を概観するとともに、G8の役割について述べる。この分野における主要な課題を明らかにした後、グローバル・ヘルスにおける資源の有効的な活用を把握、評価、そして促進するための標準的な保健指標の策定ならびに測定戦略を提案する。最後に、G8が適切な保健情報の提供と使用をとりわけ国家レベルで推進し、保健システム改善に向けた投資に関する説明責任を果たすためには、協調的な活動が必要であると結論づける。

## より質の高い保健情報の必要性

保健システムはこの10年間でグローバル・ヘルスにおける重要な課題になった。こうした状況は、世界保健機関(WHO)の『世界保健報告2000年版』に反映されているほか、英国のグローバル・ヘルス・パートナーシップ、ノルウェーのウイメン・アンド・チルドレン・ファースト(女性と子供を優先しよう)、カナダのカタリティック・イニシアティブなどの構想や、ドイツとフランスが進める保健分野での社会的保護を促進する取り組み、さらには日本の洞爺湖サミットおよびそのフォローアップ活動に表れている<sup>4</sup>。

しかしながら、投入した資源に対する達成度や効率のベンチマークとなりうる確

実な測定値がなければ、保健に関する優先順位や有効性に関する議論は、エビデンスではなくイデオロギーに基づくようになる<sup>5</sup>。保健システムに対する注目の高まり、ならびにグローバル・ヘルスの改善と説明責任に対する需要が急速に高まる中で、発展途上国の保健統計の供給とその活用との間には非常に大きなギャップがあることが明らかになっている。

保健は、人間の安全保障や人間開発における根本的概念のひとつである<sup>6</sup>。効果的な保健分野におけるガバナンス、すなわち各国政府や国際開発援助関係者が世界の人々の保健ニーズを満たす能力を実現するには、法律、開発、協調、そしてエビデンスが必要である<sup>7</sup>。

保健情報は、世界と国家レベルにおいて上記4つの機能すべてに寄与する。保健分野におけるガバナンスのためのエビデンスは、出生数、死亡数、死因を把握する能力とその要因を知る能力に左右される。すべての人を登録することは、生存、生活、尊厳に関する個人の権利を守ることにもつながる。保健情報の強化は基本的に各国が行うことではあるが、そうした情報が人間の安全保障や人間開発に寄与する以上、正確な情報を提供することは世界全体としても意味がある。保健開発と人間の安全保障はより質の高い情報が不可欠という点でお互いに収束している。

保健情報は人間の安全保障を推進すること以外にも次のような目的に役立つ。第一に、結果を示すことでグローバル・ヘルスへの関心および資金提供を維持する。第二に、有効な対策に関する確実な知識基盤を構築することで効率性を高め、それによって国家を超えた共有型の学習プロセスを創造する。第三に、確かなエビデンスを提供することによって意思決定の質を高める。第四に、多様な領域を組み合わせることによって学際的な対話を促進する。第五に、民主的運営に不可欠な要素である透明性と説明責任の価値を各国と世界レベルで推進する<sup>8</sup>。

保健関連機関や国が公表するデータの量は実際には増えている<sup>9</sup>。しかし、そのデータは必ずしも包括的な情報を利用者に提供していないし、グローバル・ヘルスにおける喫緊の課題にも応えていない。有効かつ効果的な保健のモニタリングと評価が欠落している理由は以下の6つである。

第一に、進捗状況のモニタリングや保健システムの評価に関係するデータの量、質